

# Questionnaire alimentaire

L'objectif de ce questionnaire est d'aider le professionnel à récolter les informations nécessaires avant de mettre en place un programme adapté au(x) comportement(s) cible(s) (rédigé et décidé par un analyste du comportement). Les questions peuvent être adaptées à la personne. Si l'outil vient à être modifié, veuillez le préciser et en préciser la source.

1

Apprenant : \_\_\_\_\_

Interviewer : \_\_\_\_\_

Date : \_\_/\_\_/\_\_

Répondu par : \_\_\_\_\_

➤ Quelle(s) est (sont) votre (vos) demande(s) (objectif) ? cochez vos réponses :

- rester assis pour manger
- utiliser ses couverts
- varier la texture des aliments (ex : de mouliné à morceaux)
- manger le même repas que le reste de la famille, ne plus devoir faire un repas spécifique
- éviter la sélection alimentaire, élargir ses préférences (ex : plusieurs aliments acceptés, autres marques acceptés)
- autres : .....

➤ Quelles sont ses habitudes alimentaires ?

\*Mange-t-il à chaque repas (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner) ?

Repas	Durée	Aliments habituels	Comportements défis rencontrés
Petit déjeuner			
Déjeuner			
Goûter			
Dîner			

# Questionnaire alimentaire

\*Quels sont les aliments que la personne mangeait avant mais qu'elle ne mange plus à présent ?

---

---

---

\*Quelles sont les boissons que la personne boit ?

---

---

---

\*Depuis quand les troubles sont apparus ?

---

---

---

\*Est-ce que la mastication est difficile ?  OUI  NON

Expliquez

---

---

---

\*Est-ce que la déglutition est difficile ?  OUI  NON

Expliquez

---

---

---

\*Cochez si la personne émet ces comportements déris :

<b>Grincer de dents</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Mettre en bouche des objets non comestibles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Se Mordre</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Mordre des objets non comestibles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Ingérer des objets non comestibles</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Sembler ne pas ressentir la satiété</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Ne pas faire de demandes d'items alimentaires</b>	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b>	<input type="checkbox"/> <b>Non</b>
<b>Autres, précisez</b>		

\*La personne a-t-elle un traitement médical qui peut être incompatible avec certains aliments ?

NON  OUI : \_\_\_\_\_

\*La personne a-t-elle des intolérances ou des allergies avec certains aliments ?

NON  OUI : \_\_\_\_\_

# Questionnaire alimentaire

## A) Le comportement lors des repas

\*Quels sont les comportements défaits qui apparaissent lors des repas ?

- Se lève
- N'ouvre pas la bouche
- Mange avec ses doigts
- Recrache
- Ne mâche pas
- Tourne la tête
- N'avale pas
- Vomit
- Autres : \_\_\_\_\_

\*Quand ces comportements apparaissent-ils ?

- A chaque repas
- Lorsque vous lui présentez un nouvel aliment
- A certains repas (lesquels : .....)
- Lorsqu'il y a un changement dans le repas (lesquels : .....)

---

## B) L'autonomie

Est-ce que la personne sait ....., de manière autonome ?

- utiliser la cuillère (ramasser la nourriture, mettre en bouche)
- utiliser la fourchette (ramasser la nourriture, piquer la nourriture, mettre en bouche)
- utiliser le couteau (pousser la nourriture, couper la nourriture)
- boire au verre
- s'essuyer la bouche
- enchaîner les bouchées
- mastiquer
- croquer

# Questionnaire alimentaire

## C) Les aliments

\*Aspect visuel :

La personne ne mange que les aliments de la même couleur : .....

Quels sont ces aliments ? .....

La personne refuse les aliments de la couleur : .....

4

\*Aspect odorat :

La personne ne mange que les aliments d'un même type d'odeur : .....

Quels sont ces aliments ? .....

La personne refuse les aliments avec une odeur : .....

\*Aspect texture :

La personne ne mange que les aliments d'une même type texture : .....

Quels sont ces aliments ? .....

La personne refuse les aliments avec une texture : .....

\*La personne ne mange que les aliments sous un même type de forme (*entourez*) :

La consistance est liquide – moulinée – écrasée – en petit morceau – en gros morceau

Quels sont ces aliments ? .....

La personne refuse les aliments avec une forme : .....

La personne boit-elle des boissons froides ?.....

La personne boit-elle des boissons chaudes ?.....

# Questionnaire alimentaire

## D) La variété des aliments

\*La liste des aliments qu'il/elle mange (*précisez la marque si nécessaire*)

ALIMENTS / MARQUES

QUANTITE

5


La liste des aliments que la personne préfère (*précisez la marque si nécessaire*)

---

---

---

\*La liste des aliments qu'il/elle refuse ou qu'il/elle mange en peu de quantité (*précisez la marque si nécessaire*)

ALIMENTS / MARQUES

DEJA GOUTE




# Questionnaire alimentaire

La liste des aliments que la personne déteste (*précisez la marque si nécessaire*)

---

---

---

6

\*Quels aliments qui sont similaires des aliments habituels accepte-t-il/elle ?

---

---

---

\*Quels aliments ou type d'aliments souhaitez-vous ajouter ?

---

---

---

COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---